

()児童クラブ	児童名		
----------	-----	--	--

意見書

住 所	藤枝市		
氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	昭和 平成	年 月 日生	児童と の続柄
病 名	1. 2. 3.		
受診状況	入 院	履歴 回	通算期間 年 月
		最近入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	通院間隔	<input type="checkbox"/> 1回/4週 <input type="checkbox"/> 1回/2週 <input type="checkbox"/> 1回/1週 <input type="checkbox"/> その他()	
最近の症状			
保育について	<input type="checkbox"/> 可 能 <input type="checkbox"/> 保育に支障あり <input type="checkbox"/> 保育不可 <input type="checkbox"/> その他()		
就労について	<input type="checkbox"/> 可 能 <input type="checkbox"/> 条件()付きで可能 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他()		
介護について	<input type="checkbox"/> 全介護 <input type="checkbox"/> 一部介護(介護内容) <input type="checkbox"/> 不必要		
その他参考 となる意見			

※この証明書は、放課後児童クラブ入所のために使用するものです。
 ※証明事項に対し、ご確認をさせていただく場合があります。
 ※証明事項に不実を記入した場合、入所を取り消す場合があります。

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

医療機関所在地

名 称

医師氏名

電話番号

